Nr 5. Kraków, 2. lutego 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII. Kraków, 2. lutego 1918. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr. A. Rosner).

Zabieg Alexandra-Adamsa przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy

podał

Doc. Dr. January Zubrzycki

asystent kliniki.

Prawidłowe położenie macicy, to jest położenie, w którem oś podłużna trzonu macicy, leżącego ku przodowi i oś podłużna ciała kobiety przy niewypełnionym pęcherzu moczowym i pustej odbytnicy przecinają się prawie pod kątem prostym, może, jak to powszechnie wiadomo, uledz pod wpływem różnych czynników pewnym anatomicznie określonym zmianom. W praktyce spotykamy najczęściej dwa rodzaje patologicznego ułożenia macicy: tak zwane tyłozgięcie macicy wolne (retroflexio uteri libera) i tyłopochylenie macicy wolne (retroversio uteri libera). Przez pierwsze rozumiemy zgięcie trzonu macicy względem jej szyi, przez drugie zaś zgięcie macicy w całości, a więc trzonu wraz z szyją względem pochwy ku tyłowi. A mówimy o wolnem tyłozgięciu lub tyłopochyleniu wtedy, gdy nieustaloną względem otoczenia żadnymi zrostami, ani też zlepami macicę można odprowadzić w jej prawidłowe położenie ku przodowi bez większych trudności. Obydwie wspomniane nieprawidłowości mają ten sam mechanizm powstawania, sprawiają te same objawy chorobowe i, co najważniejsza, występują w większej części przypadków równocześnie. Przeważna więc część autorów, opierając się na powyżej przytoczonych danych i uwzględniając równocześnie i to, że leczenie obu tych zboczeń polega na jednej i tej samej zasadzie, uważa je wprost za jedną sprawę chorobową i określa wspólnem mianem tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy (retroflexio-versio uteri).

W pewnej liczbie przypadków może tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy istnieć, nie sprawiając żadnych zupełnie dolegliwości. Częściej jednak wiedzie ono do ogólnie znanych podmiotowych objawów i niedomagań, a nawet niejednokrotnie do zaburzeń w fizyologicznej czynności narządów rodnych, zmuszając wówczas chore do zasięgnięcia porady lekarskiej. Postępowanie lecznicze w tych razach podzielić można na dwie zasadnicze grupy: zachowawczo-ortopedyczne i operacyjne. Nie mam zamiaru wdawać się tutaj w szczegółowy opis, ani w krytykę obu tych działów, a pomijając pierwszy zupełnem milczeniem, omówię tylko w krótkich słowach nieznaczną część postępowania operacyjnego przy tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy wolnem.

Chirurgiczne leczenie omawianego cierpienia przedstawia się co do liczby najróżnorodniejszych metod operacyjnych wcale pokaźnie. Obejmuje ono bowiem podług zestawienia van de Veldego dwieście siedemnaście zabiegów, które autor ten dzieli według pewnych wspólnych cech na osiemnaście grup. Nic więc dziwnego, że każdy prawie operator, każda klinika lub oddział ginekologiczny postępuje w tych przypadkach według innego planu i schematu, stosując zabiegi, zdaniem swojem najmniej niebezpieczne i najlepsze dające wyniki.

W klinice położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego od lat przeszło dziewięciu leczy się tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy w przypadkach, nadających się do operacyi, zapomocą zabiegu Alexandra-Adamsa. Korzystając z materyału klinicznego, postanowiłem wyniki, uzyskane przy pomocy tej metody, w krótkości zebrać i poniżej przedstawić.

W roku 1840 podał Alquie sposób operacyjnego leczenia wypadnięcia macicy, który w przeszło czterdzieści lat później, w roku 1881, dwaj operatorowie, Alexander i Adams, prawie równocześnie, chociaż niezależnie od siebie, zastosowali przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy wolnem. Wyniki, uzyskane przez nich, zachęcały do dalszych prób w tym kierunku, a stronę techniczną, jak nie mniej i wartość leczniczą wspomnianego rękoczynu omawiano od tego czasu niejednokrotnie na zjazdach naukowych i w rozprawach fachowych. Do dziś dnia jednak sprawy ostatecznie nie rozstrzygnięto i gdy jedni z autorów uważają operacyę Alexandra-Adamsa, zwaną także Alquie-Alexandra, za zabieg najlepszy przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy wolnem, to drudzy są wprost przeciwnego zdania i odmawiają jej wszelkiego znaczenia leczniczego. Starano się również zabieg ten modyfikować i upraszczać, tak że dzisiaj mamy już dziewięć rozmaitych jego odmian. Zasada jednak pozostała wszędzie tasama, a opiera się ona na tem spostrzeżeniu, że przez skrócenie więzadeł obłych ku tyłowi zwróconej macicy możemy ją znowu wprowadzić w jej prawidłowe pochylenie ku przodowi. Technikę i przebieg tego zabiegu w tej formie, w jakiej on w klinice krakowskiej bywa stosowany, w krótkości poniżej przytaczam.

Po wyjałowieniu skóry nalewką jodową, której od szeregu lat w tym celu ze znakomitym skutkiem używamy, przystępujemy do samego zabiegu, który przedstawia się, jak następuje. Cięciem 5—8 cm długiem, poprowadzonem równolegle do więzadła Pouparta i tuż ponad niem, począwszy od wzgórka kości łonowej na zewnątrz, przecina się skórę i tkankę podskórną aż do powięzi skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha. Na lśniącej i czysto wypreparowanej powięzi wyszukujemy zewnętrzne ujście kanału pachwinowego. Znalezienie »włókien między odnogami« (fibrae intercrurales), to jest włókien powięzi, które biegną poprzecznie do reszty, a równolegle do górnego brzegu ujścia kanału pachwinowego (crus superius annuli inguinalis subcutanei), oznaczających jego pobliże, zadanie to w znacznym stopniu ułatwia. Ujście kanału pachwinowego podskórne wypełnia tkanka tłuszczowa, znana pod nazwą kropli tłuszczowej Imlacha, występująca z ujścia po uciśnięciu kanału. Ona to, odcinając się bardzo wyraźnie od otoczenia, wyklucza możliwość pomyłki. Po wypreparowaniu otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, które przy uwzględnieniu powyższych wskazówek na żadne zgoła nie natrafia trudności i przy jakiej takiej wprawie zawsze wiedzie do celu, chwyta się w zębate kleszczyki, wprowadzone do kanału, zawartość jego i przez pociąganie za nie napina się powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, stanowiącą sklepienie kanału pachwinowego. Tak napiętą powięź przecina się ostrzem noża, wprowadzonego ukośnie do kanału pachwinowego. Nadmieniam, że przy tem zwrócić należy szczególniejszą uwagę na to, aby niepotrzebnie nie przeciąć włókien mięśnia skośnego wewnętrznego i włókien poprzecznego mięśnia brzucha, które stanowią dalszą część sklepienia kanału pachwinowego i nie tylko w wykonaniu zabiegu nie przeszkadzają, lecz zachowane w całości chronią nawet do pewnego stopnia przed ewentualnem wytworzeniem się przepukliny w bliźnie pooperacyjnej. Trzymając w kleszczykach uchwyconą już przedtem zawartość kanału pachwinowego, wypreparowuje się następnie na

tępo biegnące w nim więzadło obłe macicy. Leży ono najgłębiej ze wszystkich tworów, zawartych w kanale pachwinowym, obok nerwu nasiennego zewnętrznego, którego przecięcie lub uszkodzenie wywołać może następowo silne miejscowe bóle, o czem przy preparowaniu zapominać nie należy. Wystrzegać się również trzeba, by zamiast więzadła obłego nie wypreparować włókien ścięgnistych powięzi mięśni brzusznych lub włókien mięsnych, przebiegających w kanale pachwinowym, a odpowiadających dźwigaczowi jądra u mężczyzny. Pomyłka ta, która przy pewnej uwadze jest wykluczona, może zabieg utrudnić i powikłać. Pociągając wreszcie za wypreparowane i oddzielone od otaczających tkanek więzadło obłe, odsłaniamy z kolei uchyłek pokrywającej go częściowo otrzewnej (processus vaginalis peritonei) i zesuwamy go na tępo ku jamie brzusznej. Staramy się przy tem postępowaniu nie otworzyć otrzewnej, co ostrożnie preparując zwykle osiągnąć można. Wyciągnąwszy w ten sposób odpowiednio długi kawałek więzadła na zewnątrz z jamy brzusznej, przykrywamy ranę wyjałowionym kompresem i wykonujemy powyżej opisany zabieg w ten sam sposób po drugiej stronie.

Po odpreparowaniu obustronnych więzadeł do równej długości, odprowadza asystent (nie czynny przy zabiegu) macicę w jej prawidłowe położenie i celem ustalenia jej na czas gojenia się rany zakłada krążek. W dalszym ciągu przecinamy więzadła przy wzgórku kości łonowej i wszywamy w powięź mięśni brzusznych w ten sposób, że zeszywając przecięte rozcięgno, chwytamy w każdy z kolei szew więzadło. Dlatego to, począwszy od ujścia podskórnego kanału pachwinowego, które z obawy przed przepukliną bardzo dokładnie zamykamy, aż do zewnętrznego kąta rany w powięzi więzadło przyszyte jest tylu szwami, ile ich potrzeba było do zespolenia przeciętego rozcięgna. Pozostały kawałek więzadła po podwiązaniu odcinamy. Jako szwów umocowujących używamy pojedynczych lub ciągłych szwów katgutowych. Kończymy zabieg zeszyciem skóry. Szczególniejszą uwagę zwrócić należy na bezkrwawe operowanie, gdyż wtedy z jednej strony nie zalewa nam krew pola operacyjnego i nie przeszkadza w odszukaniu więzadła, z drugiej strony unikamy w ten sposób tworzenia się śródtkankowych wylewów krwawych, tak łatwo, jak wiadomo, ulegających zropieniu.

Zabieg sam, wykonany w sposób wyżej opisany, nie przedstawia zgoła żadnych trudności, a średnio nie trwa dłużej, niż 30 minut. Odnalezienie ujścia podskórnego kanału pachwinowego i samego więzadła obłego jest rzeczą zupełnie prostą i musi przy zachowaniu powyższych wskazówek udać się niezawodnie. Ponieważ nie przecinamy mięśni innych prócz powięzi skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha, przeto naprzód nie osłabiamy ścian kanału pachwinowego, a powtóre nie możemy wejść w konflikt z powięzią poprzecznego mięśnia brzucha i z leżącemi pod nią naczyniami nabrzusznemi dolnemi; dalej ponieważ nie otwieramy otrzewnej, więc i niebezpieczeństwo, związane z samym zabiegiem, jest prawie żadne lub tak nieznaczne, że nie wchodzi zupełnie w rachubę. Wykonany w ten sposób zabieg nie wiedzie do zmiany stosunków anatomicznych narządów rodnych kobiety, nie sprawia żadnych zaburzeń w jej fizyologicznem życiu płciowem i nie wywołuje żadnych niebezpiecznych, życiu zagrażających powikłań w czasie ciąży lub porodu, jak to przy niektórych innych metodach operacyjnych zdarzyć się może (ventro-et vaginofixatio corporis uteri).

Przystępuję teraz z kolei do omówienia wyników, uzyskanych zapomocą powyżej opisanego chirurgicznego leczenia. Materyał, którym w ogólności rozporządzam, wynosi 134 przypadków. Operowano tylko chore z tyłozgięciem i tyłopochyleniem macicy wolnem, u których leczenie ortopedyczne albo nie odnosiło żadnego skutku, albo też z powodu jakichkolwiek, od nas niezależnych przyczyn było niewykonalne. Przypadki, w których stwierdzono zrosty otrzewne w zatoce Douglasa, lub nacieki zapalne w tkance okołomacicznej, wywołujące trudności w odprowadzeniu macicy ku przodowi, uznawano za nie nadające się do omawianego zabiegu. W zestawieniu podaję wyniki, uzyskane przy pomocy zabiegu Alexandra-Adamsa na klinice położniczo-ginekologicznej U. J., przyczem nadmieniam, że przy wyjściu chorych do domu, a więc średnio w szesnaście dni po operacyi, zawsze we wszystkich przypadkach stwierdzić można było macicę, leżącą prawidłowo ku przodowi. Z tego wynika, że procent wyleczenia, licząc okrągło, w dwa tygodnie po zabiegu wynosił 100%. Ani razu nie było zejścia śmiertelnego i ani razu nie spostrzegano wytworzenia się w bliźnie pooperacyjnej następowej przepukliny, która w ogóle występować ma bardzo rzadko. W lipskiej klinice na 136 zabiegów, wykonanych sposobem Alexandra-Adamsa, tylko w dwóch przypadkach powstały pooperacyjne przepukliny. Sądzę, że nieprzecinanie mięśni głębszych i dokładne zeszycie powięzi mięśni brzusznych oraz doraźne zagojenie się rany w zupełności zabezpiecza przed tem następstwem. W odniesieniu do przypadków, leczonych w naszej klinice, zauważyć należy, że rany w 90% zgoiły się doraźnie, w 10% zaś goiły się przez dłuższy lub krótszy czas »per secundam«. Kosmetyczne wyniki nic nie pozostawiały do życzenia, gdyż nawet blizny, powstałe po zagojeniu się przez ziarnkowanie (per secundam), kryjąc się w fałdach skórnych, prawie zupełnie były niewidoczne, a cóż dopiero blizny po zgojeniu się doraźnem, które z czasem ginęły, że tak powiem, bez znaku, pozostawiając jako ślad po sobie nieco bielszą od otoczenia, cieniuteńką linię.

Z tych 134 przypadków zgłosiło się później do zbadania 54, i te podług czasu ubiegłego od zabiegu zestawiłem poniżej w tablicy I.

Tablica I.

Liczba lat od zabiegów	Ogólna ilość badanych przypadków	Liczba nawrotów	Liczba przypadków z dobrym wynikiem
5	8	1	7
4	6	1	5
3	10	3	7
2	13	4	9
1	17	3	14
Razem	54	12	42

Jak z powyższego zestawienia widać, na pięćdziesiąt cztery przypadki, badane w pewien dłuższy czas po zabiegu, w dwunastu wróciła macica do pierwotnego nieprawidłowego położenia, wywołując te same objawy, co i przed operacyą. Ilość nawrotów, wyrażona w procentach, wynosi więc 22·3%, co odpowiada mniejwięcej liczbom, uzyskanym przez Beurniera (23·5%), Koetschaua (22%), Burragea (23%). Nadmienić jednak muszę, że nie wszyscy autorowie podają zgodne z naszymi wyniki. Niektórzy z nich, jak Eberlin, nie otrzymywali po zabiegu Alexandra-Adamsa w ogóle nawrotów, inni natomiast (Andersch) obliczają ilość nawrotów w operowanych przez siebie tą metodą przypadkach na 44%. Uzyskana zaś na podstawie całego szeregu prac zajmujących się tą sprawą średnia liczba wynosi podług Fütha 12·42%.

W celu porównania wyników, otrzymanych przy pomocy omawianego zabiegu, z niektórymi innymi z najczęściej używanych przy wolnem tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy metod operacyjnych, przytaczam kilka liczb, wyjętych z prac różnych autorów, zestawiając je razem w tablicy II.

Tablica II.

Rodzaj zabiegu	Nazwisko autora	Procent nawrotów	Średni procent nawrotów
Vaginofixatio uteri	Hahl Fehling Pfanenstiel Olshausen Cohn Dührssen	12% 15% 12·5% 21·5% 4% 13%	13%
Ventrofixatio corporis uteri	Küstner Olshausen Cohn	0% 0% 6%	2%
Fixatio ligamentorum abdominalis (Doleris)	Doleris Schauta Ill	0% 0% 8%	2·7%
Fixatio ligamentorum vaginalis	Pfanenstiel Bucura Halban	48·2% 47% 23%	39·4%

Cyfry te objaśniają najlepiej, co i jaką metodą przy leczeniu wspomnianego cierpienia uzyskać można. Jak z powyższego widać, tylko trzy z powyżej zestawionych sposobów operacyjnych mogą współzawodniczyć pod względem trwałości wyników z zabiegiem Alexandra-Adamsa. Są to: 1) przyszycie trzonu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio corporis uteri), 2) przyszycie domacicznych końców więzadeł obłych do

powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis), 3) przyszycie macicy do ściany pochwy (vaginofixatio uteri). Najkorzystniejsze bezsprzecznie wyniki osiągnąć można przy zabiegach, polegających na przyszyciu trzonu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio corporis uteri), tak że operacya Alexandra-Adamsa, dająca średnio 12·42% nawrotów, nie może z niemi pod tym względem współzawodniczyć. Pomimo to jednak posiada omawiany zabieg tę niewątpliwą zaletę w odróżnieniu od wspomnianej metody operacyjnej, że po pierwsze przebiega zupełnie zewnątrzotrzewnie, przedstawiając tem samem mniejsze znacznie niebezpieczeństwo dla życia chorej, po drugie nie zmienia stosunków anatomicznych narządów rodnych i nie wywołuje zaburzeń w ich czynnościach fizyologicznych (ciąża, poród), co przy przyszyciu macicy do powłok brzusznych, o ile nie postaramy się zapobiedz możliwości zajścia w ciążę przez równoczesną sterylizacyę, jest prawie nieuniknione.

Drugim z kolei zabiegiem, przewyższającym znacznie operacyę Alexandra-Adamsa co do trwałości uzyskanych wyników, jest przyszycie domacicznych końców więzadeł obłych do powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis m. Doleris). Metoda ta daje średnio tylko 2·7% nawrotów; posiada wprawdzie tę zaletę, że nie zmienia fizyologicznej czynności narządów rodnych, że więc ciąża i poród po tym rękoczynie zupełnie prawidłowo przebiegać mogą, ale wymaga otwarcia otrzewnej. To, rzecz jasna, powiększa niebezpieczeństwo, wynikłe dla chorej z powodu samej operacyi, na które chorej nie narażamy, posługując się zabiegiem Alexandra-Adamsa, wykonanym w powyżej opisany sposób.

Nie można również pominąć milczeniem opisywanych nierzadko przypadków uwięźnięcia pętli jelit skutkiem zmienionych stosunków anatomicznych w jamie brzusznej po przyszyciu tak trzonu macicy, jak i domacicznych końców jej więzadeł obłych do powłok brzusznych. Obawa przed tem powikłaniem pooperacyjnem przeważa między innemi szalę na korzyść rękoczynu Alexandra-Adamsa, obniżając równocześnie wartość obu wspomnianych zabiegów.

W odniesieniu do rękoczynu, polegającego na przyszyciu macicy do ścian pochwy (vaginofixatio uteri), nadmienić należy, że po pierwsze wyniki, uzyskane przy jego pomocy (13% nawrotów), nie wiele różnią się od wyników, uzyskanych przy pomocy rękoczynu Alexandra-Adamsa (średnio 12·42% nawrotów), że po drugie narażamy przy nim chorą na niebezpieczeństwo, wywołane otwarciem otrzewnej, a po trzecie upośledzamy czynność fizyologiczną narządów rodnych, skutkiem zmiany stosunków anatomicznych. Nie mając zatem żadnego »za«, a właściwie tylko same »przeciw« w odniesieniu do metod operacyjnych, polegających na przyszyciu macicy do ścian pochwy, musimy uznać wyższość nad niemi wszystkich wyżej wspomnianych zabiegów.

Rozważywszy to wszystko, dojść musimy do przekonania, że z pośród wymienionych, a rywalizujących ze sobą metod operacyjnych dwie głównie zasługują na uwagę, a mianowicie: skrócenie więzadeł obłych sposobem Alexandra-Adamsa i przyszycie domacicznych końców ich do powłok brzusznych (fixatio ligamentorum abdominalis m. Doleris). Wspólną zaletą obydwu tych zabiegów jest to, że nie wpływają one na zmianę fizyologicznych czynności narządów rodnych i nie sprawiają w nich żadnych zaburzeń, (ciąża i poród przebiegają zupełnie prawidłowo), a istniejące pomiędzy niemi różnice polegają na tem, że pierwszy z nich daje wprawdzie dość znaczny procent nawrotów, lecz nie zmienia stosunków anatomicznych w jamie brzusznej i nie naraża chorej na tak znaczne niebezpieczeństwo, jak drugi, który przy zupełnej prawie rękojmi wyleczenia pociąga za sobą ewentualność powikłań pooperacyjnych, wynikłych już to z powodu otwarcia otrzewnej, już też z powodu zmiany anatomicznych stosunków w jamie brzusznej. W braku więc metody, którąby łączyła w sobie wszystkie korzyści, nie posiadając równocześnie żadnych stron ujemnych, powinniśmy wybór rodzaju zabiegu stosować do warunków, z jakimi w danym przypadku mamy do czynienia. Czynniki takie, jak wiek chorej, nasilenie objawów, wywołanych tyłozgięciem i tyłopochyleniem macicy wolnem, liczba poprzednich porodów, wreszcie stan ogólny zdrowia operowanej, — to czynniki, którymi między innemi kierując się przy wyborze rodzaju rękoczynu, z pewnością nie obierzemy fałszywej, ze szkodą dla chorej połączonej drogi.

Jak można pomódz jednorękiemu?

Podał

Dr Adolf Klęsk,

lekarz pułkowy,

szef szpitala c. k. szkoły inwalidów w Krakowie.

Do najdotkliwszych uszkodzeń należy bezwątpienia utrata jednej, a co gorzej obu kończyn górnych, a uszkodzenia te nie należą wcale do rzadkości. Na 1000 uszkodzonych przypada średnio u nas zawsze około 60 jednoręcznych, a 2 bez obu kończyn górnych. Dawniej jednoręczni traktowani byli nieco po macoszemu, a dopiero w obecnej wojnie zajęto się energicznie ich sprawą, a mianowicie, zamiast, jak dawniej, uważać ich za zupełnych inwalidów, którzy potem chodzą z katarynkami lub spełniają nędzne jakieś usługi, postanowiono ich kształcić, by uczynić z nich to, co uczynić się da i powinno, to jest pożytecznych nadal członków społeczeństwa. A cel ten osiąga się podwójną drogą. Z jednej strony przez kształcenie jednoręcznych w specyalnie na ten cel prowadzonych kursach i pracowniach (zwykle przy szkołach inwalidów), a dalej przez odpowiednie dopasowywanie im sztucznych kończyn (protez) do pracy.

Uważając problem jednoręczności za bardzo ważny społecznie, a mając pod tym względem jeszcze z przed czasów wojennych odpowiednie doświadczenie, założyłem i ja przy krakowskiej szkole inwalidów szkołę dla jednoręcznych i o jej celach, sposobach nauki i osiągniętych wynikach pomówię poniżej.

Przeważnie panowało i panuje dotąd mniemanie, że człowiek z jedną ręką, zwłaszcza bez protezy, jest niemal zupełnie niezdolny do pracy, a nawet w codziennem życiu potrzebuje opieki. Zdanie to jest z gruntu fałszywe, a to z dwóch powodów: 1) Człowiek każdy pozornie tylko wykonuje wiele czynności oburęcznie. Zwykle wykonuje je jedną ręką, a druga służy tylko do mechanicznej podpory. 2) Jedną jedyną rękę może człowiek wyrobić sobie tak wspaniale, że dochodzi przytem do zdumiewających wyników. Dość wspomnieć, że n. p. jednoręczny hrabia Zichy gra koncertowo na fortepianie.

To fałszywe założenie w dawniejszych czasach prowadziło w prostej drodze do usiłowań zastąpienia brakującej ręki — ręką sztuczną czyli protezą bez prób kształcenia ręki pozostałej.

Historyczne wzmianki o sztucznych członkach spotykamy już w odległej starożytności, a szczegółowo zebrał je Karpiński w swej pracy: Studien über künstliche Glieder. (Berlin 1881). Spotykamy n. p. na wazach, pochodzących z IV wieku przed Chrystusem, podobizny protez. Herodot wspomina, że Hegesistratos z Elis odciął sobie sam stopę, by uwolnić się z kajdan w więzieniu spartańskiem, następnie przyprawił sobie nogę drewnianą i dalej walczył ze Spartanami. Wzmiankę o sztucznej ręce spotykamy u Pliniusza młodszego, który wspomina, że w czasie drugiej wojny punickiej Markus Sergiusz utracił prawą rękę, a na jej miejsce sporządzić sobie kazał żelazną, którą dalej walczył. Słynną jest żelazna ręka Götza z Berlichingen, znajdująca się obecnie na zamku w Jagsthausen. Sporządził ją rycerzowi jakiś nieznany płatnerz (kowal, kujący zbroje) w Olnhausen, wiosce, położonej niedaleko Jagsthausen. Ręka ta jest z żelaza, ma palce zginające się we wszystkich stawach i prostujące nagle przez ucisk guzika (mechanizm, analogiczny do odciągania i spuszczania kurka u strzelby). Słynną stała się też żelazna ręka rozbójnika morskiego Barbarossy Horuka (r. 1517). A. Paré zastosował również sztuczną żelazną rękę, a wykonał ją w Paryżu kowal, znany pod nazwą: małego lotaryńczyka. Mechanik Laurent w r. 1761 wykonał sztuczną rękę, z pomocą której inwalida podobno jadł, pił, zdejmował kapelusz, a nawet pisał.

W instytucie Fryderyka-Wilhelma w Berlinie znajduje się sztuczna ręka, poruszana dźwigniami, z wieku XVIII pochodząca, wykonana przez Klingerta we Wrocławiu. Berliński dentysta Ballif w r. 1812 podał sztuczną rękę, w której po raz pierwszy zużytkował naturalne ruchy do pracy. W ręce tej skurczone palce sztuczne prostowały się przez prostowanie i podnoszenie łokcia. Myśl tę rozwinęła dalej artystka berlińska Karolina Eichler. Holenderski rzeźbiarz van Peeterssen przedstawił w r. 1844 Akademii umiejętności w Paryżu modele swych sztucznych rąk, poruszanych zapomocą strun ruchami ramienia. Do protez tych (przeznaczone one były dla inwalidy bez obu rąk) dołączony był gorset. Bardzo skomplikowaną rękę wykonali dla śpiewaka

operowego Rogera w Paryżu słynni mechanicy Charrière, Mathieu i Béchard. Roger występował z ręką tą nadal na scenie. Ruchy odbywały się przez przenoszenie siły mięśniowej ze zdrowego ramienia. Pomysłowa była też sztuczna ręka, wykonana przez zegarmistrza Dalischa dla siebie samego. Zastosował on ciśnienie powietrza z pomocą balona, umieszczonego pod pachą.

Na zasadzie wyzyskania ruchów ramienia i przenoszenia siły z pomocą strun, zbudowane są też słynne ręce amerykańskiej firmy: Carnes artificial Limb Co, kosztujące po 250 dolarów. W obecnej wojnie mnożą się stale modele, oparte mniej więcej na wspomnianych zasadach, ale coraz więcej zaczyna wyrabiać sobie prawo obywatelstwa tak zwana ręka do pracy.

Wspomniane powyżej sztuczne ręce są bardzo skomplikowane, drogie i psują się łatwo. Dobre jeszcze są one dla ludzi ze sfer inteligencyi, natomiast dla szerszego ogółu potrzeba protezy zwykłej, prostej, a dogodnej do pracy. Podobnie jak i inni zrobiłem i ja to smutne doświadczenie, że im proteza jest więcej skomplikowana, tem częściej leży bezużytecznie u inwalidy i wcale on jej nie używa. W imię tej zasady najprostszej protezy tworzy się też obecnie nawet tylko tak zwane pomocnicze przyrządy do pracy, zastosowane indywidualnie do danej pracy inwalidy.

Proteza do pracy powinna być w budowie prosta i tania i powinna mieć odpowiednie zakończenia, a prócz tego nadawać się powinna do dołączenia ręki kosmetycznej.

Nim jednoręcznemu damy protezę, musimy go przedtem wykształcić jednoręcznie, by nie był niewolnikiem sztucznej ręki, lub bezsilnym do pracy, gdy proteza mu się popsuje. Cel ten osiąga się w szkole dla jednoręcznych, o której obecnie pomówię.

W szkole dla jednoręcznych umieszczam jednoręcznych zawsze na kilku wspólnych salach, by przez obserwowanie zręczniejszych, mniej zręczni od nich się uczyli. Praktyczne ćwiczenia poprzedzam wykładem teoretycznym, w którym udowadniam swym uczniom, że i jedną ręką można bardzo wiele zdziałać, omawiam fizyologię ruchów kończyny, jakoteż podnoszę uczniów na duchu przez przytaczanie przykładów dzielnych jednoręcznych, pokazywanie rycin, wreszcie demonstruję efektowne czynności mych już wyuczonych uczniów. Zaznaczyć tu muszę, że ludzie z prostej sfery są zwykle z początku zupełnie apatyczni i do nauki niechętni, a w miarę kursu zapalają się po prostu do pracy. Zwykle uczniowie moi, przychodzący do szkoły jednoręcznych, odbyli przedtem kurs nauki pisania lewą ręką, albowiem $^2/_3$ inwalidów jednoręcznych niema kończyny prawej, co zresztą dla dalszej nauki jest obojętne. Do najefektowniejszych czynności należą n. p. obieranie jedną ręką jabłka, obcinanie paznokci, jazda na rowerze i t. p. Podczas jednej z takich demonstracyi dwóch zwątpiałych jednoręcznych postanowiło przypomnieć sobie jazdę na rowerze. Spróbowali i z radością przekonali się, że im to idzie zupełnie dobrze. Drobny ten fakt wpłynął na nich ogromnie dodatnio psychicznie. Korzystnie też działa przypomnienie wieśniakowi, że kobieta nosi godzinami na ręce dziecko i cały czas wtedy pracuje tylko jedną ręką, dochodząc przytem do wprawy.

Po tym wstępie zaczyna się właściwa nauka praktyczna. Rozpoczynam ją ćwiczeniem palców, a ćwiczenia te polegają na wprawie w wyemancypowaniu się przy ruchach każdego palca z osobna od współruchów palców innych tak przy zginaniu w każdym stawie, jak i przy rozstawianiu. Jest to po prostu nie do uwierzenia, do jakiej wprawy dochodzą przytem niektórzy jednoręczni. Twierdzą oni potem, że paluch, drugi i trzeci palec staje się dla nich ręką prawą, a czwarty i piąty lewą. Ćwiczenia te robią jednoręczni przez dzień na salach pod okiem wyćwiczonych w nauce jednoręcznej pielęgniarek. Sprawność palców nie jest jednakowa. Mianowicie zręczność palców stopniowo od palucha do małego palca maleje. Najtrudniej też wyosobnić w ruchach palec mały, ale i to przy usilnych ćwiczeniach w zupełności się udaje[1]).

Równocześnie każdy z uczniów dostaje mój ilustrowany Poradnik dla jednoręcznych, wydany nakładem Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami w Krakowie, a wykonany w drukarni i stereotypii naszej szkoły przez inwalidów.

Dalsza nauka obejmuje czynności życia codziennego, a więc ubieranie się, mycie, czesanie, jedzenie, kręcenie papierosów, golenie się, dalej temperowanie ołówka, krajanie chleba, papieru, wbijanie gwoździ, pakowanie i obwiązywanie paczek sznurkiem, szycie i t. p. Jednoręczni nasi dochodzą do takiej wprawy w ubieraniu się, że czynią to potem nieraz prędzej, niż oburęczni.

Gdy uczniowie nabiorą już wprawy w powyższych czynnościach (najpilniejsi dostają zawsze odpowiednie premie), przechodzę do nauki o ręce sztucznej, omawiając jej cel i zadanie, obchodzenie się z kikutem i protezą i t. p.

Równocześnie naturalnie ćwiczy się kikut miesieniem, hartowaniem i przyrządami. Künsberg w swej szkole jednoręcznych w Heidelbergu wprowadził prócz tego ćwiczenia gimnastyczne wolne i na przyrządach; bardzo je zachwala. Podobnie korzystne wyniki osiągnięto gimnastyką w Eltlingen, dokąd szkoła powyższa (znacznie rozszerzona) przeniesiona została.

Po skończeniu wspomnianych ćwiczeń przechodzę do sprawy najważniejszej społecznie, t. j. omawiam z każdym jednoręcznym jego stosunki, dopytuję się, czem był przedtem, czem być obecnie chce i może, ewentualnie doradzam mu próbę w tym lub owym zawodzie, poczem przedstawiam go t. zw. komisyi porady zawodu (Berufsberatungskomission). Kwestyę zawodu jednoręcznego bardzo trudno rozwiązać, bo składają się na nią aż trzy rzeczy: 1) istota zawodu, 2) rodzaj kikuta, 3) zdolność i chęć do pracy uszkodzonego.

Najważniejszą jest sprawa trzecia. Doświadczenie uczy nas bowiem, że człowiek z żelazną wolą (z wyjątkiem niewielu zawodów) może i nadal pracować jedną ręką. Niestety do tego trzeba jednak, jak wspomniałem, żelaznej woli i pewnej dozy inteligencyi, bez których żadna, najlepsza nawet proteza nic nie pomoże.

Do pracy na roli nadają się (podług mego i innych doświadczenia) z odpowiednią protezą niemal wszyscy jednoręczni, o ile poza tem są zdrowi i nie mają innych uszkodzeń. Gorzej natomiast bywa co do innych zawodów; rozstrzyga tu długość kikuta.

Amputowany poniżej łokcia może wykonywać wiele zawodów, a więc być nadal stolarzem, ślusarzem, rzeźnikiem, piekarzem, dźwigającym ciężary i t. p. Praca idzie tutaj łatwo, nieraz nawet samym kikutem, bez jakiejkolwiek protezy lub przyrządu pomocniczego.

Gorzej już jest przy amputacyi powyżej łokcia, zwłaszcza wysoko. Ale i tu zwycięża silna wola i pilność. Mam między moimi uczniami jednoręcznymi stolarza, z amputacyą w połowie lewego ramienia. Pracuje on z zapałem protezą cały dzień w stolarni i służy za przykład innym. Podobnych spostrzeżeń w innych zawodach jest też wiele. Amputowany tuż pod barkiem 18-letni chłopak wykształcił się w Würzburgu u prof. Riedingera na jednego z najzdolniejszych mechaników ortopedycznych i sam obmyśla i robi protezy.

W tym też duchu zachęcamy fachowców jednoręcznych, i na moim oddziale każdy ślusarz musi sobie zrobić sam prostą protezę z pomocą stolarza i naodwrót. Zwłaszcza odnosi się to do kończyn dolnych. Uczniowie zwiedzają ze mną warsztaty, przyglądają się pracy owych jednoręcznych i nieraz niejeden nabiera przy tem ochoty do tego lub owego zawodu.

Na oddziale przemysłowym pracują jednoręczni w koszykarni, szczotkarni, a kilku ze skutkiem odbyło już kurs sklepikarski. Na odpowiednich maszynach mogą jednoręczni znakomicie robić pończochy, co w naszym szpitalu także zastosowano. Doskonale robią jednoręczni łyżki drewniane, roboty plecione, sznurkowe, a zwłaszcza przypada im do gustu wydymanie szkła do ozdób na drzewko i ceramika.

Są jednak wyjątki, że jednoręczny do żadnego zawodu się nie nadaje, bo pracować nie chce, twierdząc, że nie potrafi. Dla tych szukać trzeba innych zajęć, a są niemi miejsca woźnych, odźwiernych, listonoszy, telegrafistów, telefonistów, dozorujących muzea, robotników leśnych, ekonomów i t. p.

W sferze inteligentnej jednoręczność daje sie stosunkowo mniej odczuć. Urzędnicy, nauczyciele, uczą się rychło pisać lewą ręką i wracają do pracy. Bardzo łatwo nauczy się jednoręczny pisania na maszynie, zwłaszcza z przerzutem nożnym. Z moich n. p. jednoręcznych jeden jest z powrotem urzędnikiem bankowym, drugi sądowym, trzeci nauczycielem. Znamy jednoręcznych, którzy są mistrzami, a Dr Kohn operuje nawet jako lekarz przy pomocy protezy!.

Niejednokrotnie spotykam się u moich uczniów ze zdaniem: »Żebym to jeszcze był stracił rękę lewą, tobym próbował robić, ale ja nie mam prawej!« Gdyby można użyć tego wyrażenia, to nazwałbym to przesądem. Nie będę rozwodzić się dłużej nad tą sprawą, bo omówiłem ją obszernie w moich poprze-

[1]) W nauce gry na fortepianie uważa się najczęściej palec czwarty za ten, który najtrudniej usamodzielnić, t. j. uwolnić od współruchów innych palców. (Red.).

dnich pracach[1], tutaj tylko zasadniczo powiem: jest to rzeczą dla zdatności do pracy zupełnie obojętną, czy kto utraci rękę prawą, czy lewą. Kto straci rękę prawą, musi kształcić lewą, może nieco dłużej, ale taksamo ją sobie wyrobi, jak wyrobić sobie musi rękę prawą ten, co stracił lewą. Albowiem zdawałoby się, że mamy rękę prawą doskonale wyrobioną, a tymczasem ten, kto n. p. przez pewien czas nie miał władzy w ręce lewej, przekonał się ze zdumieniem, jak sama ręka prawa, pozostawiona sobie, jest wtedy niezaradną i ciągle oczekuje pomocy ręki lewej. Tę pomoc uzyskuje jednoręczny przez wprawę z rozdziału palców ręki, dalej z kikuta, kolan, brody, ust i klatki piersiowej. Naturalnie kalekom o lewej tylko ręce zmieniamy odpowiednio nasady i kierunkową narzędzi do pracy, n. p. kosy, heble, nożyce i t. p.

Jestem też tego zdania, że naszym inwalidom powinniśmy dawać protezy wtedy, gdy doskonale jedną ręką już umieją się obchodzić. Wtedy dopiero proteza spełni swoje zadanie w całej pełni. Amputowany powinien sobie wygimnastykować doskonale mięśnie i stawy kikuta, zwłaszcza, że często czynność ich przez długie unieruchomienie pozostawia wiele do życzenia. Wczesne zaś dawanie protezy uważam za błąd nie do darowania. Człowiek taki będzie naprawdę kaleką i niezdatnym do pracy. Zawsze jednoręcznym stawiam na przykład ludzi, który stracili obie ręce, a mimo to garną się do pracy i cudów niemal dokazują.

O ile przy innych uszkodzeniach możemy mniej więcej z góry ocenić zdolność zarobkową inwalidy, o tyle u jednoręcznego rzecz ma się przeciwnie. Tu szablonu żadnego ustanowić nie można, a jedynie obserwowanie ucznia w szkole jednoręcznych, jakoteż odpowiednia nauka i wyzyskanie zdolności dać mogą dokładne wyobrażenie o możności i procencie zarobkowania.

Celem ułatwienia życia codziennego dodajemy jednoręcznym rozmaite pomocnicze przyrządy, n. p. maszynkę do golenia, t. zw. nożowidelec do jedzenia, długie szczotki do mycia ciała i t. p. Przyrządy te jednak, podobnie jak protezę, dostaje jednoręczny dopiero po wyćwiczeniu ręki. Nożowidelec jest to przyrząd, składający się odrazu z noża i widelca i łyżki; ułatwia on ogromnie jednoręcznemu estetyczne jedzenie.

Jeszcze jedna uwaga, wyglądająca pozornie na paradoks. Feliks Meyer, dyrektor Towarzystwa Rota-Werke w Aachen, wynalazca bardzo dowcipnych rąk do pracy, twierdzi, że w pewnych przypadkach człowiek z odpowiednią protezą do pracy może pracować intensywniej, a nawet i lepiej, niż oburęczny. Mianowicie chodzi tu o pracę, przy której ręka, obecnie zastąpiona protezą, męczy się rychło, lub narażona być może na uszkodzenia. Otóż ręka sztuczna, trzymając coś mechanicznie, nie męczy się i nie ulega uszkodzeniu, może wytrzymać zmiany ciepłoty, zgubne działanie chemikalii i t. p. Do sortowania igieł i gwoździ podano rękę z magnesem, co ułatwia wyjmowanie drobnych przedmiotów.

Pewien jednoręczny oficer w obecnej wojnie wyrażał się, jak wspomina Sippel, w ten sposób: Uważam po prostu za zbytek natury, że dała człowiekowi aż dwie ręce! Drugi znów jednoręczny twierdzi stanowczo, że gdyby cudem uzyskał z powrotem drugą rękę, toby ta mu tylko »zawadzała« i nie wiedziałby co z nią robić.

Dla ilustracyi dołączę tu jeszcze dwa osobliwe fakta. Z czasów Ludwika XIV wspominają o pewnym człowieku bez obu rąk, który mimo to był bardzo zręcznym złodziejem, a na swoich wycieczkach nocnych wkładał na kikut prawej ręki drewnianą protezę z odpowiedniemi nasadami »do pracy«. Do naszej szkoły również przybył pewien jednoręki (bez ręki prawej), a w ślad za nim doniesienie, że na urlopie dopuścił się kilku skomplikowanych włamań z pomocą protezy.

W końcu wspomnieć muszę o pomyśle prof. Stodoly, zastosowanym praktycznie przez Sauerbrucha, t. j. o stwarzaniu protez ruchomych, poruszanych siłą mięśni odpowiednio operowanego kikuta, jakoteż o tworzeniu nowych palców z kości śródręcza (po utracie palców) sposobem Burkarda i Szabo.

Z uczniami mymi po ich odejściu do domu koresponduję; donoszą mi oni z dumą o postępach swej zdolności do pracy. Z wielu z tych wiadomości czerpię korzyści, które u dalszych uczniów znajdą zastosowanie praktyczne. Szkołę jednoręcznych założyć mogłem dzięki wydatnej subwencyi Krajowej Komisyi nad inwalidami, za co też na ręce jej głównego referenta, radcy dworu Brücknera, składam w imieniu moich uczniów serdeczne podziękowanie.

Jako lekarze możemy dla jednoręcznych zdziałac wiele. Powinniśmy zwalczać panujący powszechnie przesąd, że jednoręczny nie zda się do żadnej pracy. Owszem jednoręczni są to ludzie zwykle bardzo pilni i trzymają się potem wiernie swego pracodawcy. W tym celu wystawiamy też naszym uczniom świadectwa ich zdatności do pracy i z prawdziwem zadowoleniem stwierdzić musimy, że coraz więcej pracodawców ich przyjmuje, bo niema większego przedsiębiorstwa, gdzieby dla jednoręcznego odpowiednie zajęcie się nie znalazło.

[1] Klęsk: »Człowiek oburęczny. Zadanie przyszłości«. Kraków 1915 i »Ein Beitrag zur Ausbildung beider Hände« 1916.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5 grudnia 1917.

Przewodniczący kol. prezes Prof. Ciechanowski, obecnych 35.

1. Kol. Doc. Zubrzycki wygłosił wykład: **Odczyny serologiczne przy raku.** (Odczyt ogłoszony drukiem).

2. Kol. Kostrzewski wygłosił wykład: **W sprawie odczynu Wassermanna.** (Odczyt będzie ogłoszony drukiem).

3. W dyskusyi: a) Kol. Doc. Seńkowski odnosi zmiany w napięciu powierzchniowem, powstające przy odczynie meiostagminowym, do zmian cząsteczek koloidalnych, z których składają się badane płyny. Zmienia się zjawisko diaforezy, czyli byłyby to zmiany czysto fizyczne. Co do odczytu kol. Kostrzewskiego, to postępowałby inaczej przy zobojętnianiu moczu, gdyż surowica krwi jest płynem prawie obojętnym i w rozmaitych stanach chorobowych mało się zmienia; z moczem jest inaczej, a oznaczenie granicy indykatorem jest bardzo nieścisłe. Do zobojętniania ścisłego nadaje się najlepiej metoda ognio-elektryczna. Co do rozcieńczań moczu, lepiejby było poddać go dializie.

b) Kol. Kostrzewski podaje, iż własności hemolityczne krwi ludzkiej (badania własne) na krwinki barana, wołu, świńki morskiej, są w przypadkach schorzeń rakowych wzmożone w porównaniu do własności hemolitycznych surowic u chorych nie na raka. Pod tym względem zachodzi wielka zgodność między surowicą ciężarnych, a surowicą chorych na raka. Co do odczynu trypsynowego, odnosi go wielu autorów do stanów charłaczych.

c) Kol. Doc. Zubrzycki podnosi, że w odczycie zaznaczył, iż odczyn meiostagminowy powstaje skutkiem fizycznych zmian w badanych płynach. Co do odczynu antytrypsynowego zauważa, iż występuje on bardzo często przy zmianach, związanych z charłactwem, niemniej spotykamy go i przy innych sprawach, nie związanych z charłactwem, a przy ciąży występuje z reguły.

d) Kol. Prof. Gliński badał sekcyjnie 2 przypadki skrobiawicy nerek, z których w jednym odczyn Wassermanna (Dr Kostrzewski) wypadł dodatnio tak w surowicy krwi, jak i w moczu, w drugim odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Makroskopowo i mikroskopowo w obu przypadkach były zmiany zupełnie jednakowe. Dopiero przy użyciu barwienia sudanem III i szkarłatem, oraz przy badaniu w świetle spolaryzowanem dało się wykryć pewne różnice. W pierwszym przypadku było dużo podwójnie światło łamiących lipoidów, w drugim natomiast były tylko tłuszcze neutralne. Nowsze badania wykazują, że przy kile pospolicie spotyka się zmiany lipoidowe nerek, co nawet jest uważane za swoiste schorzenie nerek na tle kiłowem.

e) Kol. Oszacki (Streszczenie własne). Chory kiłowy, u którego odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, miał przesięk mleczny, a według badań chemicznych wytrząs eterem w obecności ługu zawdzięcza swoje powstanie ani wylaniu się limfy z ductus chyliferus, ani silnemu złuszczeniu się nabłonków, lecz obecności znacznej ilości globulin, związanych z lipoidami. Wynika to z faktu, że zmętnienie płynu badanego przy wytrząsaniu z eterem w obecności ługu ani na zimno, ani na gorąco nie występowało. Z praw Quinckego i Berneta wiemy, że tak zachowują się przesięki mleczne, zawdzięczające swe powstanie silnym związkom chemicznym globulin z lecytynami. Zestawienia nasilenia odczynu Wassermanna w omawianym przypadku były w różnych badanych płynach organizmu różne: i tak silnie do-

datni w surowicy krwi, słabiej dodatni w moczu, a ujemne w przesięku mlecznym brzusznym. Zważywszy, że największą ilość lipoidów zawierał przesięk brzuszny, że mocz w badanym przypadku zawierał także pokaźną ilość, jak to z badania osadu wynika, że surowica w danym przypadku, z wyglądu jej sądząc, nadmiernych ilości lipoidów zawierać nie mogła, zapytaćby można, czy zachowanie się odczynu Wassermanna w danym przypadku nie stoi w odwrotnym stosunku do zawartości lipoidów w badanym płynie. Zwracali bowiem autorzy uwagę, że lecytyny mogą hamująco zadziałać na odczyn Wassermanna. Co się tyczy miareczkowania moczu ługiem czy węglanem sodowym, to mowca sądzi, że wobec obecności węglanów w moczu z chemicznego punktu widzenia niema w ostatecznym wyniku miareczkowania żadnej różnicy. W każdym razie zobojętnienie moczu w obecności fosforanów nie może być dokładne i różnice zawartości jonów wodorowych i hydroksylowych przy tej samej zmianie wskaźnika mogą ulegać dużym wahaniom. Wreszcie używanie fenolftaleiny w obecności węglanów nie może dawać pewnych rezultatów.

f) Kol. Szymanowski co do odczytu kol. Zubrzyckiego sądzi, iż trzeba badać nie tylko etyologicznie, lecz należałoby dobrać klinicznie bardzo podobne przypadki i wtedy może otrzymałoby się wyniki lepsze.

g) Kol. Kostrzewski sądzi, iż co do zobojętnienia moczu w praktyce zastosowanie metody ognio-elektrycznej w tych celach jest nie do wykonania. Dializę chciał przeprowadzić, lecz nie miał czem. Do zobojętnienia moczu używał sody, a nie fenolftaleiny.

Zast. sekr. dor. Dr. Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII Posiedzenie naukowe z dnia 7 grudnia 1917.

(Dokończenie).

5. Kol. Rothfeld wygłasza odczyt p. t.: **O zaburzeniach nerwowych pęcherza moczowego.** (W całości ukaże się w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: 1. Kol. Węgrzynowski miał sposobność w ciągu wojny spostrzegać podobne przypadki na materyale szpitalnym oraz na wschodnim froncie. Na około 3000 chorych i rannych było około 50 chorych dotkniętych tem cierpieniem. Wszelkie leczenie było bezskuteczne, atoli prawie z reguły po tygodniu leżenia w łóżku chorzy bywali wyleczeni. Mocz nie okazywał żadnych zmian. Na około 1000 chorych na dur brzuszny widział W. dwa razy omawiane cierpienie, i to ciekawe, że w obu przypadkach otrzymywało się ono w czasie już bezgorączkowym 10—14 dni. Na około 400 przypadków duru osutkowego powikłanie to nie zdarzyło się ani razu. W polu w charakterze swoim higienisty jednego z korpusów armii miał W. możność zetknąć się bezpośrednio z tem cierpieniem. Wpływ niewątpliwy wywierało na występowanie tej sprawy chorobowej zimno, i to zimno wilgotne. Ciepłe opaski flanelowe na brzuch miały wpływ nader korzystny. I tu też kilkudniowy pobyt w szpitalu, względnie w ciepłem łóżku, usuwał cierpienie. Nawroty cierpienia były bardzo częste. Chorych takich mimo sprzeciwu lekarzy i komendantów polecał W. usuwać z frontu. Uważano ich przeważnie za symulantów. Udowodnienie symulacyi było wprost niemożliwe.

2. Kol. Hornowski zaznacza, że ilość wydzielanego moczu w czasie zimna jest z reguły znacznie większa, tak jak w lecie znów ilość potu. Zimno wogóle wpływa na to, że oddajemy mocz częściej, a w mniejszych ilościach. Nasuwa się myśl, czy przypadkowo okoliczność ta nie pozostaje w związku z czynnością gruczołów przytarczycznych.

3. Kol. Orzechowski zwracał uwagę od czasu pojawienia się prac Mattauschka i Fuchsa na objawy przez nich podane, mające towarzyszyć moczeniu nocnemu, a dowodzące według tych autorów pośledniej budowy anatomicznej odcinków krzyżowych rdzenia, a wskutek tego poślednie także ukształtowanie się utworów obwodowych, zależnych od tych odcinków rdzenia pod względem unerwienia. W ciągu lat miał O. sposobność poddać badaniu kilkadziesiąt przypadków, z których atoli było zaledwie kilka tylko badanych rentgenologicznie. Zmian wewnętrznych w zakresie kości krzyżowej i stóp, zaburzeń czuciowych, odruchów i t. p. objawów, podanych przez Fuchsa, wogóle nie spotykał. Musi więc uważać dedukcye Fuchsa przynajmniej w tej części materyału dowodowego, który zawiera cechy degeneracyjne w obrębie zewnętrza kości krzyżowej i części kończyn, zaopatrywanych przez odcinki krzyżowe, za nie poparte faktami. Naodwrót nie stwierdził w kilku przypadkach swej obserwacyi, które dotyczyły rozszczepienia kręgosłupa, objawów moczenia w przeszłości dziecięcej chorych, pozostających w leczeniu z innych powodów. Gdyby nawet potwierdziło się, że w przypadkach moczenia nocnego istnieje skryte rozszczepienie rdzenia, to można mu przyznać na podstawie wyników kol. Rothfelda i mowcy tylko znaczenie zwykłe piętna zwyrodnienia. Należy nadal więc zapatrywać się na moczenie nocne, jako na cierpienie czynnościowe, za czem przemawiają też bardzo poważnie wyniki leczenia. Niezdolność płciową w przypadkach kol. Rothfelda skłonny jest mowca odmiennie od k. Rothfelda uważać za objaw wtórorzędny, psychorodny, towarzyszący tak często wszelakim przykrym i deprymującym cierpieniom moczowym. Część urologiczna odczytu kol. R. przemawia raczej za tem, że w przypadkach kol. R. istniało cierpienie mięśnia pęcherzowego, na co wskazuje charakter kloniczny kurczów, a między innymi także nieuleczalność pewnej części przypadków. Mowca zapytuje, na jakiej podstawie uważa kol. R. enuresis essentialis za cierpienie nerwowe.

4. Kol. Schramm z własnego doświadczenia nie może powiedzieć, aby rozszczepienie kręgosłupa lub guzy kości krzyżowej wywierały jakiś wpływ na mimowolne moczenie nocne i sądzi, że cierpienie to spowodowane jest raczej podrażnieniem wypieracza moczu.

5. Kol. Lenartowicz zapytuje, czy wobec tego, że nie jest stwierdzone, czy moczenie nocne polega na zaburzeniach nerwowych, czy też na zaburzeniu mięśni pęcherza, — nie stosowano leczenia w postaci wkraplań azotanu srebra, a to celem obniżenia pobudliwości wypieracza moczu i zniesienia nadmiernego poczucia parcia na mocz. Wiadomo bowiem, że w stanach zapalnych, połączonych z wybitnem parciem na mocz, leczenie to niejednokrotnie oddziałuje korzystnie.

6. Kol. Leńko zaznacza, że w przypadkach tych cystoskopia w przeważnej liczbie przypadków żadnych zmian nie wykazuje.

7. Kol. Rothfeld w odpowiedzi podnosi zgodność spostrzeżeń własnych ze spostrzeżeniami kol. Węgrzynowskiego, poczynionymi na froncie. Sądzi, że chorych należy rzeczywiście wcześnie odsyłać do szpitali, choćby z tego względu, że nierzadko spotyka się między »moczącymi« choroby organiczne (tabes, sclerosis multiplex etc.). Podnosi, że i kol. Orzechowski i kol. Schramm nie znajdowali w swych przypadkach rozszczepienia kręgosłupa ani innych objawów, które Fuchs zaliczył do myelodysplazyi. Znane są zresztą przypadki z rozszczepieniem kręgosłupa, w których nie było zaburzeń pęcherzowych. Co do pytania, czy mimowolne moczenie nocne jest cierpieniem nerwowem, to nie mamy na to dotąd dowodu, co nie przemawia jednak przeciw temu przypuszczeniu, nie znamy bowiem dotąd zmian anatomicznych w układzie nerwowym biodrowym i obwodowym. Jeżeli się przyjmie, jak kol. Orzechowski, że cierpienie to jest czynnościowe, to temsamem uznaje się to za schorzenie nerwowe, chociażby bez grubych znanych zmian anatomicznych. W tem też znaczeniu użył kol. Rothfeld wyrazu »nerwowe zaburzenia pęcherzowe«. Co się tyczy zaburzeń, nabytych na tle zimna, to nie ma na to dowodu, że jest to cierpienie mięśniowe. Manometryczne badania wykazują tylko podwyższenie pobudliwości wypieracza, nie dowodzą jednak, na jakiej drodze to podwyższenie pobudliwości powstaje. Co do czynników leczenia, o których wspomina kol. Lenartowicz, to z azotanem srebra nie ma kol. Rothfeld własnych doświadczeń, widział natomiast wiele przypadków, w których stosowano wkraplania azotanu srebra bez wyniku.

XIII Posiedzenie naukowe z dnia 21 grudnia 1917

Przewodniczący kol. Wiczkowski, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 12.

Kol. Wiczkowski przedstawia czterech chorych na **ropniaki opłucne** (pyothorax), leczonych zapomocą aspiracyi ropy i następową odmą piersiową (pneumothorax). U trzech chorych był wysięk ropny na tle gruźliczem, u czwartego na tle dwoinek zapalenia płuc. Dwóch chorych gruźliczych opuściło szpital ze znacznem polepszeniem, t. j. pozostała jeszcze mała ilość wysięku; u jednego z nich sprawa rozpadowa w szczytach płuc uspokoiła się, u drugiego stan dobry płuc z początkiem leczenia nadal się utrzymał; u trzeciego nic wysięku nie pozostało, szczyty płuc zupełnie wyleczone. Chory z wysiękiem opłucnym na tle dwoinek zapalenia płuc zupełnie wyleczony. U wszystkich czterech chorych zrosty opłucne, zwykle powstające po zapaleniach ropnych opłucnej, nie wytworzyły się. (Rzecz w całości będzie ogłoszona drukiem).

Dyskusya: 1. Kol. Gluziński przyznaje, że wynik, uzyskany w przedstawianych przypadkach, jest zadowalniający i działa zachęcająco. Nie może atoli powstrzymać się od zaznaczenia, że sposób ten ma pewne ujemne strony, które zauważył w przypadkach przez siebie leczonych. Mianowicie azot działa drażniąco na opłucnę i wywołuje nieraz zapalenie opłucnej nietylko surowicze, ale i ropne. Dlatego mimo wszystko zaleca pewną powściągliwość przed wypowiedzeniem ostatecznego wniosku.

2. Kol. Schramm badał przedstawione przypadki poprzednio i zaznacza, że do leczenia chirurgicznego nie bardzo się nadawały. W każdym razie byłoby ono trwało bardzo długo. Sądzi, że gdyby ten sposób leczenia nie miał wspomnianych stron ujemnych, to godzien jest dalszych prób.

Sprawy Izb lekarskich.

W sprawie podwyższenia dyet za szczepienie ospy i kosztów podróży podaje Izba lekarska wschodnio-galicyjska do wiadomości pismo Wydziału krajowego, jakie otrzymała w odpowiedzi na swe pismo: »LW. 52.805. Lwów, 2. stycznia 1918. Do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie. — Odnośnie do pisma tamtejszego z 29. XI. 1917 L. 958. Wydział krajowy zawiadamia, że uchwałą z dnia 28. XII. 1917 postanowił, uwzględniając motywa, w wyżej wymienionem tamt. pismie przytoczone, przyznać na czas wojny od początku roku 1917 lekarzom cywilnym, delegowanym do szczepienia, dodatek wojenno-drożyźniany do dyet w wysokości 40—50% analogicznie, jak lekarzom rządowym, zależnie od wysokości pobieranych dyet, a to do 6 koron włącznie 50% zaś od 7 koron wyżej 40%. Niezależnie od tego, uznając również drugie petitum powołanego tamt. pisma, pod b) wyrażonego, zwraca się Wydział krajowy równocześnie do c. k. Namiestnictwa z przedstawieniem potrzeby zmiany należytości kilometrowej na czas wojny, popierając gorąco ze swej strony wniesione już przez Izbę odpowiednie przedstawienia w tej sprawie«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenia w d. 23. I. i 30. I. 1918. Na pierwszem z nich Dr A. Niepielski z Dąbrowy górn. przedstawił swój przyrząd do oznaczania ciężaru właściwego krwi, a doc. Dr Seńkowski miał wykład p. t. »Koloidy w świetle nauki współczesnej«. W dyskusyi zabierał głos prof. Cybulski. Na drugiem posiedzeniu d. 30. I., prof. Rosner miał wykład: »O tak zwanej konstytucyi płciowej kobiety«. W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Dr Godlewski, Ciechanowski, Piltz, Gliński, kol. Glasner, doc. Borowiecki, prof. Kostanecki, Klecki, kol. Oszacki,- doc. Zubrzycki i prof. Rosner.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 6. lutego w Domu Towarzystwa.

— St. inspektor Zakładu badania środków spożywczych Dr Leonard Bier został mianowany członkiem Rady przybocznej nadzoru nad żywnością przy Ministerstwie spraw wewnętrznych w Wiedniu.

— Galicyjskie »Krajowe Towarzystwo Czerwonego Krzyża« rozpoczęło wydawać w styczniu, jako swój organ, miesięcznik p. t. »Walka o zdrowie«, poświęcony sprawom higieny i opieki społecznej. W słowie wstępnem, podpisanem przez Dr

Witolda Ziembickiego, Dr Jana Boguszewskiego i r. dw. inż. Józefa Horoszkiewicza, zaznacza Redakcya, jako swój cel, zogniskowanie i wyjaśnienie zadań naszego społeczeństwa w dziedzinie higieny społecznej i opieki społecznej, wzywając lekarzy, techników, działaczy społecznych, urzędników, nauczycielstwo, jednostki samorządne miejskie i wiejskie do współpracy na tem polu, u obcych gorliwie uprawianem, u nas — leżącem prawie odłogiem.

Nowe czasopismo nie jest jednak ściśle fachowem, przeciwnie, pragnie ono trafić do najszerszych kół inteligencyi i przez nie oddziaływać na inne koła ludności w kierunku krzewienia kultury higieniczno-społecznej. W tym celu n. p. dodawane będą do »Walki o zdrowie«, jako załączniki, popularne pouczenia z prośbą do czytelników o ich rozpowszechnianie.

W okazałym trzecharkuszowym pierwszym zeszycie znajdują się artykuły Dr Antoniego Kuczewskiego: »Zarys walki społecznej z gruźlicą«, prof. Jana Rakowicza »O zdrowotności przy budowie miast«, dalej obszerny dział sprawozdawczy, podający streszczenia prac z zakresu walki z chorobami zakaźnemi, higieny żywienia, higieny dziecięcej i szkolnej, walki z alkoholizmem, higieny rasy i prawodawstwa zdrowotnego, w końcu kronika. Jako załączniki są dodane do pierwszego zeszytu prof. Nitscha »Czerwonka czyli dyzenterya« i tablice Wintera-Hasego »Tyfus plamisty«.

Nowemu wydawnictwu, podejmującemu pracę wielkiej wagi, przesyłamy gorące życzenia pomyślnego rozwoju.

(Adres Redakcyi i Administracyi »Walki o zdrowie«: Kraków, Basztowa 6, »Czerwony Krzyż«).

— W budżecie m. Krakowa na rok 1917/18 znajdują się następujące szczegóły o wydatkach na cele sanitarne. Wydatki na nowe zakłady sanitarne miejskie w Prądniku i sanatoryum gruźlicze wynoszą 404.485 K; niedobór 153.712 K. Dotąd gmina corocznie na utrzymanie starych zakładów sanitarnych i zwalczanie epidemii wydawała 132.411 K. Nowe budynki sanitarne wraz z sanatoryum gruźliczem kosztowały przeszło 1,900.000 K, tytułem subwencyi otrzymała gmina od rządu na budowę 344.000 K. tak, że z własnych funduszów gmina wydała mniej, aniżeli poprzednio na ten cel uchwaliła, przytem ma znacznie więcej łóżek dla chorych, niż było dawniej pierwotnie projektowane, a prócz tego ma jeszcze sanatoryum gruźlicze na 80 łóżek. Wydatki na służbę zdrowia wynoszą 124.223 K. na miejskie dentystyczne ambulatoryum szkolne 5.180 K, na laboratoryum chemiczne 12.772 K, na utrzymanie cmentarza miejskiego 40.549 K, na zakład czyszczenia miasta 1,352.870 K; w tem czyszczenie ulic 478.597 K, wywóz popiołu i zmiotków 228.521 K, czyszczenie dołów kloacznych 158.289 K, utrzymanie rzeźni miejskiej 136.262 K.

Lwów. D. 27. I. 1918 odbyło się we Lwowie posiedzenie Komitetu odbudowy sanitarnej kraju, utworzonego przez Towarzystwo lekarskie lwowskie. Porządek dzienny był następujący: 1) Organizacya Komitetu. 2) Program czynności i treść odezwy. 3) Sprawa lwowskiej poradni dla chorych gruźliczych (prof. Dr Wiczkowski). 4) Sprawa żywienia chorych w szpitalach krajowych (prof. Dr Sieradzki).

— W d. 19. i 26. I. 1918 odbyły się we Lwowie posiedzenia Krajowej Rady zdrowia.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości, że w Kozowej daje się dotkliwie odczuwać brak lekarza. Za staraniem miejscowego Sądu powiatowego zwróciło się do Izby w tej sprawie Prezydyum Wyższego Sądu krajowego lwowskiego, donosząc, że wprawdzie w Kozowej pracuje jeden przydzielony lekarz wojskowy, ale jest on zupełnie zajęty tłumieniem groźnej epidemii duru.

Warszawa. Magistrat m. Warszawy ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Domu wychowawczego im. Baudouina (dla pedagoga lub lekarza) z płacą 700 mk. miesięcznie i na stanowisko referenta spraw lekarskich w Wydziale szpitalnictwa z płacą 5190 mk. rocznie.

Redakcya otrzymała: Celarek: 1) Über die unter der Zivilbevölkerung Lublins im J. 1915/16 herrschende Fleckfieberepidemie und ihre Bekämpfung. (Monats. f. öff. Gesudheitspfl.). 2) W sprawie zwalczania tyfusu plamistego po wsiach. Lublin 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Grudzień. (Cena 4 Mk.).

Ostatni zeszłoroczny zeszyt kursów zawiera tylko jedną rozprawę, mianowicie prof. Payra: O przebiegu, zapobieganiu i leczeniu ropienia stawów.

Tożsamo, styczeń 1918. Cena 1 Mk. Zeszyt styczniowy, poświęcony, jak zawsze, biologii i patologii, zawiera w tym roku rozprawę prof. Rösslego: O pewnych stosunkach anatomii patologicznej do chemii fizycznej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Rejchman: Opukiwanie a rentgenoskopia dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka (1). — Korzon: Niezarośnięcie otworu owalnego, rozpoznane za życia (1). — Ruppert: W sprawie szerzenia się duru brzusznego w Warszawie i sposobów zwalczania tej choroby (2—4). — Szenajch: Józef Brudziński (3). — Karwacki: Przypadek rumienia wielokształtnego i gośćca stawowego (4—5).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—4: Żmigród: Nowy aparat trwały do podpierania ręki w porażeniach nerwu sprychowego (1—2). — Zawadzki J.: Ze szpitalnictwa (1—4). — Korybut-Daszkiewicz: Ś. p. J. Brudziński (2). — Popiel: Kilka uwag o przebiegu i rokowaniu w poronieniu (3—4).

Zdrowie Z. 12. z r. 1917: Anders: Józef Brudziński. — Fruchtman: Organizacya przewozu chorych, jako jeden z czynników walki z chorobami zakaźnemi.

Kronika dentystyczna Nr 1. Łepkowski: Ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 6. lutego** 1918 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1. Demonstracye chorych. 2. Wykład Dr Leonarda Biera: Czy wodociąg bielański odpowiada wymaganiom hygieny. Na posiedzenie zaproszone zostało Towarzystwo techniczne.

Nadesłane.

N. 160. 9/5

Ogłoszenie.

Magistrat m. Kielc ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Kielcach z płacą 7.200 koron rocznie.

Reflektujący na powyższą posadę winien przedstawić:

1. dyplom lekarski,
2. świadectwo zdolności fizycznej, wystawione przez lekarza powiatowego, ponadto podać swój wiek, przynależność państwową, oraz dotychczasowe curriculum vitae.

Oferty przyjmowane będą do dnia 15-go lutego b. r.

Magistrat m. Kielc. 282

KONKURS.

W powiecie dąbrowskim w Królestwie polskiem, jest do obsadzenia posada lekarza okręgowego w Strzemieszycach.

Do okręgu sanitarnego w Strzemieszycach należą następujące gminy: Gołonóg, Łosień, Rokitno szl., Niwka i Zagórze.

Do posady tej przywiązana jest płaca stała, rocznie 3.000 koron, płatna w miesięcznych ratach. Starająey się o tę posadę muszą być doktorami wszech nauk lekarskich albo lekarzami uprawnionymi do wykonywania całej praktyki lekarskiej.

Odpowiednio udokumentowane podania należy wnieść do c. i k. Komendy powiatowej w Dąbrowie górniczej, gdzie też można zasięgnąć bliższych informacyi.

C. i k. Komendant powiatu:
v. Tschapek pułkownik m. p. 241

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.